Über die nosologische Abgrenzung der Idiotie mit besonderer Berücksichtigung der Dementia infantilis und eigener Beobachtung.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin,
Chirurgie und Geburtshilfe

einer hohen medizinischen Fakultät der Universität Leipzig

vorgelegt von

Ludwig Schultheis
Medizinalpraktikant in Dresden.

Borna - Leipzig
Buchdruckerei Robert Noske
1910.

Der medizinischen Fakultät zu Leipzig vorgelegt und zum Druck genehmigt am 8. Mai 1910.

Referent: Geheimer Rat Professor Dr. Flechsig.

Esquirol war es, der zuerst den im späteren Leben erworbenen Schwachsinnsformen die angeborenen und in frühester Kindheit beginnenden Zustände geistiger Schwäche gegenüberstellte und letztere unter dem Begriff „Idiotie“ zusammenfaßte. Er definiert ihn als „einen besonderen Zustand, bei dem die intellektuellen Fähigkeiten niemals sich entwickelt haben.[1]) Vor ihm sprach man von amentia, imbecillitas ingenii, fatuitas ingenii, morosis, stupiditas usw., wenn man solche krankhaften Zustände bezeichnen wollte, und Pinel, zu dessen Zeiten man noch die beiden Gruppen von geistiger Schwäche zusammenfaßte, auch noch die sekundären Defektzustände hinzurechnete und alle diese Zustandsbilder „Idiotisme“ oder „oblitératien des facultés intellectuelles“ nannte, legte deren Begriff folgendermaßen fest: „Es ist eine mehr oder weniger vollständige Aufhebung teils der Verstandesfunktionen, teils des Gemütslebens.“[2]) Nach Esquirol haben noch viele Autoren sich bemüht, den Idiotiebegriff zu formulieren und darin möglichst alles Charakteristische dieser unter sich so verschiedenen Zustandsbilder zusammenzufassen, aber die Schwierigkeiten, die ihnen aus dieser Aufgabe erwuchsen, lassen sich an der großen Zahl von Versuchen bemessen, die sie in dieser Richtung machten.

---

[1]) Sollier, Der Idiot und der Imbecille, 1891. S. 6.

[2]) Ebenda S. 6.

Sollier wurde durch die Unvollkommenheit zahlreicher Vorschläge zu der Äußerung veranlaßt: „Ich will nicht dabei verweilen, eine neue Definition aufzustellen, die höchstwahrscheinlich nicht besser sein würde. Was man unter der Bezeichnung Idiot versteht, weiß jedermann, und das ist die Hauptsache. Man hat dem Wort kein Synonym gegeben, und das war das einzige Mittel, um ihm seine Klarheit zu lassen".[1])

Kind versuchte auf der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte im Jahre 1881 den Begriff der Idiotie folgendermaßen zu fassen: „Idioten werden alle Geisteskranken genannt, welche infolge einer kongenitalen oder in den ersten Lebensjahren erworbenen Gehirnkrankheit nicht vollkommen bildungsfähig sind".[2])

Dieser Definition fast gleich sind diejenigen, die Griesinger, Dagonet, Luys, Ireland u. a. aufgestellt haben.

Sollier sagt: „Für uns ist die Idiotie eine auf verschiedenartigen Veränderungen beruhende chronische Gehirnerkrankung, welche charakterisiert ist durch Störungen der intellektuellen, sensitiven und motorischen Funktionen bis zur völligen Aufhebung derselben, und die ihren besonderen Charakter, namentlich was die intellektuellen Störungen betrifft, nur dem jugendlichen Alter der Individuen entlehnt, die sie befällt." [3])

Was nun die Gliederung der angeborenen geistigen Schwächezustände und der klinisch ihnen so nahe stehenden und deshalb mit ihnen zusammengeworfenen Zustandsbilder des in frühester Kindheit erworbenen Schwachsinns angeht,

---

[1]) Sollier, Der Idiot und der Imbecille, 1891. S. 5.

[2]) Ebenda S. 8.

[3]) Ebenda S. 8.

so war es auch hier wieder zuerst Esquirol,[1]) der die Ausbildung der Sprache als wichtigsten Gesichtspunkt hierbei betonte und 5 Gruppen unterschied. Dieser Einteilung widersprach Sollier[2]) jedoch und führte aus, daß man nicht berechtigt sei, die mehr oder weniger gute Ausbildung der Sprache als Maß für die Intelligenz des Individuum zu benutzen, ausgehend von der Beobachtung, daß ein Mensch mit normaler Intelligenz leicht spricht, ein tiefstehender Idiot gar nicht; auch unter normalen Menschen mit großen Geistesgaben wären solche, die durchaus kein großes Sprechvermögen besäßen. Von den Idioten führt er für seine Behauptung noch die Mikrocephalen an, die sehr häufig leicht und geläufig sprechen, ja sogar recht schwatzhaft sein können, während die Hydrocephalen in dieser Hinsicht viel schwerfälliger sind und doch bei letzteren in weniger hochgradigen Fällen die Intelligenz größer ist als bei ersteren.

Nach Esquirol trat auch Moreau für eine Einteilung der Idiotie nach dem Hauptcharakteristikum des Menschen, der Sprache, ein und stellte folgende Stufen fest: „Auf der ersten Stufe, der eigentlichen Idiotie, hat der Idiot nur einzelne Worte und kurze Phrasen zur Verfügung. Die der zweiten Stufe gebrauchen nur noch einsilbige, unartikulierte Worte und Schreie. Auf der dritten Stufe der Idiotie endlich gibt es weder Worte noch Sätze, weder artikulierte Laute noch Silben".[3])

Heute ist man von einer solchen Gruppierung abgekommen, und andere Gesichtspunkte sind geltend gemacht worden

---

[1]) Sollier, Der Idiot und der Imbecille, 1891. S. 9.

[2]) Ebenda S. 10/11.

[3]) Moreau, Der Irrsinn im Kindesalter, 1889. S. 284.

zur Lösung der schwierigen Aufgabe, krankhafte Zustandsbilder zu klassifizieren, die wohl klinisch gemeinsame charakteristische Merkmale besitzen, jedoch sowohl ätiologisch wie symptomatologisch sich wesentlich voneinander unterscheiden. Ireland[1]) sah die Notwendigkeit einer doppelten Einteilung ein, und zwar einer pathologisch-anatomischen und einer symptomatisch-psychologischen. Er nimmt folgende Unterarten an:

1. Angeborene Idiotie,
2. Mikrocephale Idiotie,
3. Hydrocephale Idiotie,
4. Idiotie nach Eklampsie,
5. Idiotie nach Epilepsie,
6. Paralytische Idiotie,
7. Traumatische Idiotie,
8. Idiotie nach Encephalitis,
9. Idiotie durch Hirnsklerose,
10. Syphilitische Idiotie,
11. Kretinismus (endem. u. sporad. Formen),
12. Idiotie durch Verkümmerung.

Seine psychologische Einteilung, die fast allgemein anerkannt ist, entwickelt er im 19. Kapitel seines Buches „The mental affections of children, idiocy, imbecillity and insanity“ [1]) folgendermaßen:

„1. Idioten, die sinnliche Reize empfinden, ohne sie zu bewußten Wahrnehmungen zu verarbeiten.

2. Solche Idioten, die die Fähigkeit haben zu vergleichen und Schlüsse aus den Sinneswahrnehmungen zu ziehen.

3. Idioten, die, wenn auch in beschränktem Grade und mit Schwierigkeit, abstrakte Vorstellungen bilden; sie besitzen in schwacher Weise die Fähigkeit, den ursächlichen Zusammenhang zu finden. Die synthetische Tätigkeit ist nur schwach, ihre Kenntnis über die Beziehung der Dinge nur oberflächlich“.

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie. Literaturübersicht zu Bd. 56, 1899. S. 226 ff.: Referat von Wildermuth.

Einer pathologisch-anatomischen Gliederung der Idiotiegruppe redete Bourneville[1]) auf Grund seiner Sektionsbefunde das Wort, betrachtet sie aber noch als provisorisch. Zu bemerken ist, daß er zur Idiotie auch die leichtesten Grade des Schwachsinns rechnet. Absehend von einer derartigen Einteilung, die erst noch weiter gestützt werden muß durch Sammeln pathologisch-anatomischer Beobachtungen am Idiotengehirn, haben andere Autoren die symptomatologisch-psychologische vorgezogen, so Spielmann, Schüle, Morel, Hoffbauer[2]) u. a.

Griesinger hält es für vorteilhaft, die Fälle geistiger Nullität zusammenzufassen und aus den leichteren Fällen geistiger Schwäche wiederum eine besondere Gruppe zu bilden; er sagt ferner: „Leicht lassen sich in allen idiotischen Zuständen zwei Grundformen unterscheiden, die in ihren Extremen sehr weit auseinanderstehen, aber allerdings in vielen mittleren Fällen nicht mehr ganz bestimmt ausgesprochen sind, die apathische (stumpfe, torpide) und die erregte (versatile, agitierte) Form“.[3])

Wenn auch diese Einteilung auf einer genauen klinischen Beobachtung beruht, so paßt sie, wie Sollier[4]) sagt, doch auf jeden der verschiedenen Idiotiegrade und genügt deshalb zur allgemeinen Klassifikation nicht. Sollier selbst glaubt den Grad der Aufmerksamkeitsstörung, der nach seiner Ansicht bei der mangelhaften geistigen Entwicklung des schwach-

---

[1]) Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters Heft 1, 1902 (Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie, Bd. 5, Heft 1) S. 52.

[2]) Sollier, Der Idiot und der Imbecille, 1891. S. 12.

[3]) Ebenda S. 14, 15.

[4]) Ebenda S. 15.

sinnigen Kindes die Hauptrolle spielt, für eine zweckmäßige Gruppierung benutzen zu können und stellt demgemäß drei Kategorien auf:

„1. Schwere Idiotie: vollständige Geistesabwesenheit und Unvermögen zur Aufmerksamkeit;

2. Leichte Idiotie: Schwäche und Erschwerung der Aufmerksamkeit;

3. Imbecillität: Unbeständigkeit in der Aufmerksamkeit.“[1])

Ziehen[2]) wieder weist darauf hin, daß der Intelligenzdefekt das wichtigste Moment in der Beurteilung der angeborenen und in den ersten Jahren der Kindheit erworbenen geistigen Schwächezustände sei, und teilt sie je nach ihrer Größe in Idiotie, Imbecillität im engeren Sinne und Debilität, während er mit Imbecillität im weiteren Sinne alle Krankheitsbilder dieser drei Unterabteilungen zusammen bezeichnet.

Kraepelin[3]) geht bei der Untersuchung idiotischer Zustände von dem Grundgedanken aus, daß es in erster Linie auf „die bewußte Wahrnehmung der Außenwelt, das Verhalten der grundlegenden psychischen Leistung“ ankommt, und erklärt sich mit Wildermuths[4]) Vorschlag einverstanden, der den Grad der Idiotie bestimmen will durch Vergleichen mit den verschiedenen Stufen der kindlichen Entwicklung,

---

[1]) Ebenda S. 17.

[2]) Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters Heft 1, 1902 (Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiet der pädagogischen Psychologie und Physiologie, Bd. 5, Heft 1) S. 8.

[3]) Kraepelin, Psychiatrie, Bd. 2, 7. Aufl. 1904. S. 857.

[4]) Ebenda S. 857, 858.

wofür auch Ireland[1]) eintritt. Sollier[2]) jedoch ist anderer Meinung und führt aus, daß sich diese theoretische Parallele vielleicht ziehen ließe, wenn der Idiotie eine gemeinsame Ursache zugrunde läge. Weil jedoch die Veränderungen, die zur Idiotie führen, auf ganz verschiedene Weise hervorgerufen werden, so haben sie auch ungleiche Intelligenzdefekte im Gefolge. Deshalb, sagt er, sei man nicht berechtigt, die Intelligenz eines normalen Kindes, dessen Fähigkeiten sich fast gleichmäßig entwickelten, zum Vergleich heranzuziehen.

Da uns bei der Idiotie Krankheitsbilder entgegentreten, die gekennzeichnet sind durch eine gradweise Abstufung der Geistesschwäche, verbunden mit zahlreichen cerebralen, neuropathischen und psychopathischen Störungen, so bietet ihre Gruppierung große Schwierigkeiten, die nach Wildermuth besonders darin zu suchen sind, „daß eine ätiologisch-anatomische Einteilung, selbst wenn sie in befriedigender Weise gegeben werden könnte, noch keine Einteilung der verschiedenen Formen und Grade des Schwachsinns bietet, des Grundsymptoms, das allein diesen sonst so verschiedenen Krankheitsbildern gemeinsam ist". „Die ideale Einteilung", so fährt er fort, „wäre die, bei der die Entwicklungshemmung und Störung der Hirnrinde mit den klinischen Erscheinungen der psychischen Entwicklungshemmung in Einklang gebracht werden würden. Etwa in der Art, wie es Hammarberg versucht hat. Wodurch der Ausfall der Rindenfunktion bedingt wäre, durch einfache Entwicklungshemmung, durch entzündliche sklerotische Prozesse usw., käme erst in zweiter

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Literaturübersicht zu Bd. 56, 1899: Referat von Wildermuth, S. 232.

[2]) Sollier, Der Idiot und der Imbecille, 1891. S. 2, 3.

Linie in Betracht. An eine solche Einteilung ist heute noch nicht zu denken. Unsere Aufgabe ist es zunächst, wie in anderen Gebieten der Psychiatrie, identische, typische Krankheitsfälle in einzelnen Gruppen zusammenzustellen und zu beschreiben.“ [1])

Dieser von Wildermuth angedeutete Weg wurde schon von vielen Forschern beschritten, und typische Krankheitsformen, wie der Kretinismus, die familiäre amaurotische Idiotie, die mongoloide Idiotie u. a. wurden beschrieben. Alzheimer[2]) hat den Stand der pathologisch-anatomischen Erforschung der Idiotieformen in einem Aufsatz zum Gegenstand seiner Betrachtung gemacht, darin unter anderen Befunden die Mikro- und Makroencephalitis, Porencephalie, Hydrocephalie, Encephalitis, syphilitische Endarteriitis usw. besprochen und darauf hingewiesen, daß neben Schwierigkeiten, die in der Sache selbst liegen, dem Forscher sich auch äußere entgegenstellen, da wenig Idiotenanstalten in Deutschland ärztlich geleitet sind und wenig Irrenanstalten mit zugänglichem Idiotenmaterial vorhanden sind, es daher immer noch an einer notwendigen Zahl von Sektionsbefunden mangelt.

Schon Cruveilhier[3]) sagte in seinem Buche „Traité d'anatomie pathologique“: „De toutes les maladies dites mentales, il n'en est aneune, sur laquelle l'anatomie pathologique soit appellée à jeter un plus grand jour que sur l'idiotie“. Aber bis zum heutigen Tage ist doch die Zahl der patho-

---

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Literaturübersicht zu Bd. 56, 1899: Referat von Wildermuth, S. 231, 232.

[2]) Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1904. S. 497 ff.

[3]) Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, Bd. 1, Heft 2, S. 122: Über eine zur Idiotie führende Erkrankung (angidodystrophia cerebri), von O. Ranke, Wiesloch.

logisch-anatomisch erforschten Idiotieformen noch verhältnismäßig gering im Gegensatz zu den übrigen, die bis jetzt nur dem klinischen Studium zugänglich gewesen sind. Unter diesen letzteren hat man nun Krankheitsbilder gesehen, die bei gut erhaltenem Gedächtnis eine große Urteilsschwäche und einen starken Defekt der Gemütssphäre zeigten, und Kraepelin sagt über sie, nachdem er einen zwölfjährigen Knaben beschrieben hat, der neben verschiedenen Degenerationszeichen die eben erwähnten Defekte hatte, von der dritten Lebenswoche ab an Krampfanfällen litt, spät sprechen lernte, zudem erblich schwer belastet war: „Immerhin wäre es denkbar, daß eine gewisse Verwandtschaft zwischen derartigen Formen der Idiotie und der Dementia praecox bestände. Gibt es doch eine nicht kleine Anzahl von Fällen, in denen sich auf der Grundlage eines von Kindheit an bestehenden Schwachsinns späterhin deutliche katatonische Störungen entwickeln.“ [1]) Dieser Auffassung tritt Weygandt [2]) jedoch entgegen, bezweifelt, daß es sich bei dem von Kraepelin beschriebenen Kranken um Dementia praecox handle, wäre doch die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß sich in frühester Kindheit schon krankhafte Veränderungen im Gehirn abgespielt hätten, worauf die Kleinheit des Schädels und die Krämpfe hindeuteten.

Kraepelin wurde aber noch durch eine andere klinische

---

[1]) Kraepelin, Einführung in die psychiatrische Klinik, 2. Aufl. 1905. S. 357.

[2]) Weygandt, Idiotie und Dementia praecox, in der Zeitschr. f. d. Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, Bd. 1, Heft 4, S. 311 ff.; ders., Über Idiotie (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankeiten, Bd. 6, Heft 6, 7), 1906, S. 44, 45.

Beobachtung veranlaßt, einen Zusammenhang dieser beiden Krankheitsformen für möglich zu halten. Er äußert sich folgendermaßen: „Zum Schluß haben wir noch kurz derjenigen Formen der Idiotie zu gedenken, die ich als Frühformen der Dementia praecox aufzufassen geneigt bin. Wir beobachten bei ihnen unzugängliches, störrisches Wesen, Haltungsstereotypien, Manieren, Schrullen. Einer meiner Kranken hatte die Gewohnheit angenommen, immer wieder mit der Gabel auf den Teller zu stoßen, seinen Hut zu schwenken, den Bissen beim Essen stets von neuem einzutauchen, an seinem Brödchen herumzuschaben, alles 20—30 mal. Häufig sind ferner einförmige, jahraus, jahrein rhythmisch sich wiederholende Triebbewegungen, Händeklatschen, Blasen, Schnauben, Hin- und Herwiegen des Körpers im Sitzen und Stehen, Hüpfen, drehende, fingernde Bewegungen".[1]) Hinweisend auf eine Abbildung eines von ihm beobachteten derartigen Kranken, fährt er fort: „Manche Kranke schlagen sich taktmäßig derb ins Gesicht und weinen dabei vor Schmerz, um gleich darauf das gleiche Spiel zu wiederholen, wenn man sie nicht daran verhindert. Die Übereinstimmung dieser Krankheitsbilder mit katatonischen Endzuständen ist oft ungemein schlagend. Allerdings wird ein sicherer Beweis für die Wesensgleichheit beider Zustände erst eine fortgeschrittene, pathologische Anatomie erbringen können".

Fälle von Dementia praecox sind nun im Laufe der letzten Jahre mehrfach schon bei Kindern beobachtet worden, so auch von Ziehen, der sich über das Lebensalter der von dieser Krankheit Befallenen mit folgenden Worten ausdrückt: „Wenn auch die meisten Fälle von Hebephrenie erst in den

[1]) Kraepelin, Psychiatrie, Bd. 2, 7. Aufl. 1904. S. 877, 878.

späteren Pubertätsjahren (bis gegen das 21. Jahr hin) auftreten, so kommen doch auch schon vom 12. Lebensjahre an, noch vor dem Auftreten ausgesprochener Pubertätsmerkmale, unzweifelhaft Fälle von Hebephrenie vor. In allerdings sehr seltenen Fällen konnte ich die Entwicklung einer typischen Hebephrenie bis in das 7. Lebensjahr zurückverfolgen: es sind dies Fälle, in welchen die weitere Beobachtung eine abnorme frühe Pubertätsentwicklung ergibt." [1])

Auch Räcke [2]) veröffentlichte 10 Krankengeschichten jugendlicher Katatonien und stellte fest, daß der Beginn der Erkrankung bei fast allen ins 12.—15. Lebensjahr fiel, ferner, daß die Erkrankung sich symptomatisch kaum von der der Erwachsenen unterschied.

In dem schon zitierten Aufsatze Weygandts [3]) findet sich nun auch ein Widerspruch gegen die Verwertung der scheinbar katatonischen Symptome gewisser Idioten seitens Kraepelins zugunsten der Annahme eines Zusammenhangs letzterer Krankheitsbilder mit der Dementia praecox; Weygandt äußert sich über diese Symptome, daß sie wohl denen der Katatonie ähnlich aber nicht wesensgleich seien, und hält die Annahme des Hinzutretens einer Dementia praecox für solche Fälle für sehr gezwungen, wo die Gehirnsektion einen charakteristischen Befund ergab und die klinische Beobachtung im Leben eine Idiotie mit tierartigen, stereotypen Bewegungen, Grimassieren, Echolalie, Echopraxie usw. Weygandt teilt diese motorischen Symptome, die gelegentlich auch bei Paralyse und Epilepsie vorkommen, ein:

---

[1]) Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, 1902, Heft 2, S. 7.

[2]) Räcke, Katatonie im Kindesalter. Im Archiv f. Psychiatrie. XLV, 1, 1909, S. 245.

[3]) S. 319 ff.

„1. abnorme Stellungen und Haltungen,
2. abnorme Bewegungen, vor allem abnorme pantomimische Äußerungen,
3. abnorme mimische Äußerungen, Grimassieren,
4. abnorme sprachliche Äußerungen,
5. Befehlsautomatie,
6. Negativismus."

Weiterhin berichtet er von Beobachtungen anderer Forscher, wie Bourneville, Morel, Emminghaus, Talford-Smith und von solchen, die er selbst anzustellen Gelegenheit hatte, und sagt dann: „Wir sehen, daß die katatoniformen Symptome bei vielen Idioten vorkommen, aber auch gerade bei solchen, für deren Hirnentwicklungsstörung bestimmte ätiologische Anhaltspunkte, wie Porencephalie, Meningitis, Hydrocephalie, Atrophie oder Mongolismus nachweisbar sind, deshalb die Annahme einer besonderen Psychose, einer Dementia praecox als Spezialursache für die katatoniformen Symptome eine unzweckmäßige Komplikation der Deutung darstellen würde".

Dem Standpunkt Masoins, der behauptet, die Hebephrenie sei eine Spätidiotie, und weiter, daß man einen Hebephrenen auf der Höhe der Erkrankung nicht von einem Idioten unterscheiden könne, hält Weygandt für unhaltbar und teilt eine von Kinderärzten häufig gemachte Beobachtung mit, daß bei geistig vollkommen gesunden Kindern in der Zeit ihrer frühesten Entwicklung rhythmische Bewegungen, kauernde Stellungen, Grimassen gesehen werden, deren Ursachen aber bis jetzt noch wissenschaftlicher Forschung unzugänglich gewesen sind. Nach Weygandts Ansicht hängen die bei ihnen zuweilen vorkommende Echolalie und die Neigung zu rhythmischen motorischen Entladungen wohl mit den eigentümlichen sprachlichen Äußerungen der Kinder zusammen,

die je nach dem Lebensalter des Kindes drei Stufen der Entwicklung aufweisen und kurz als Schreien, Lallen und Sprechen bezeichnet werden können. Auf der zweiten Stufe, dem Lallen, ist der Klang maßgebend; die Entladungen der Sprechmuskulatur werden schon teilweise percipiert und modificiert, wobei der Klang einen großen Einfluß ausübt, während erst auf der dritten Stufe der Sinn und die Begriffe auftreten. Kindliche Äußerungen auf der zweiten Stufe ähneln oft auffallend denen von Katatonikern und Idioten. Weygandt ist in seinen weiteren Ausführungen der Meinung, daß zahlreiche rhythmische sprachliche Äußerungen der Idioten eben andeuten, daß sie auf der zweiten Stufe der kindlichen Sprachentwicklung zurückgeblieben sind, wo fast ausschließlich der Klang auf die Lautbildung wirkt, und kann sich nicht entschließen, eine Dementia praecox für jene Fälle anzunehmen, wo diese eigentümlichen Willensstörungen sich zeigen, aber auch da nicht, wo eine apperzeptive Verblödung bemerkbar ist, wenn sich Nachweise erbringen lassen für das Bestehen eines ganz bestimmten Hirnprozesses. Er fügt jedoch hinzu, daß es Fälle gibt, wo andere Ursachen nicht angeschuldigt werden können für „eine im Kindesalter auftretende, eigenartige psychische Affektion", die zum Schwachsinn führt. Einen solchen hat Weygandt in Wien beobachtet; der Vollständigkeit halber und zum Vergleich mit den später anzuführenden Fällen soll er hier in kurzer Zusammenfassung Platz finden.

Ein Junge von $10^1/_4$ Jahren, der erblich nicht belastet, dessen Geschwister gesund sind, entwickelte sich nach der Geburt gut, bekam mit 13 Monaten Zähne, lernte zeitig laufen und sprechen. Im 4. Jahre veränderte sich sein Zustand, er wurde launenhaft, ärgerlich, weinte oft lange ohne Anlaß,

hatte dabei deutliches Krankheitsgefühl, legte sich ins Bett, äußerte: „Mama, ich bin krank“, stand bald wieder auf. Die Nahrungsaufnahme war ungenügend, er zog sich zurück, bewegte rhythmisch den Oberkörper seitwärts, nach vorn und rückwärts. Zur selben Zeit fing die Sprache an sich zu verändern; die Worte brachte er nur gebrochen heraus, stotterte auch, verdrehte sie, konnte nur undeutlich seinen Namen aussprechen. Bei der Aufforderung, die Augen zu schließen, öffnete er den Mund, wobei sich die Augen mitbewegten. Negativismus wurde nicht beobachtet. Beim Vorzeigen von Gegenständen, wenn er aufgefordert wurde, sie zu benennen, brachte er Lautverbindungen, wie „fünfebebebi“ vor. Zuweilen wiederholte er Worte immer wieder, stundenlang. Zu andern Zeiten jedoch sprach er wieder wenig oder lallte nur. Bei der Untersuchung geht er ans Fenster, betrachtet die Vorübergehenden, die Fuhrwerke, wird unruhig und ängstlich, wenn ihm etwas zugerufen wird. Schreiben kann er nicht, malt nur Linien auf das Papier, zerreißt es dann. Der Schlaf ist zeitweise mangelhaft, dann wieder besser. Die Reflexe sind ohne Störung. Puls 120. Die Finger lassen sich bis zu einem spitzen Winkel zurückbiegen wie bei der mongoloiden Idiotie. Die Zunge zeigt keinen krankhaften Befund, zittert nicht beim Herausstrecken. Körperlänge 131 cm, Kopfumfang 50 cm.

Weygandt ist gegen eine Identifizierung dieses Zustandsbildes mit Dementia praecox, wenn auch die Veränderung der Sprache, die doch noch manchmal einen Anklang an ein richtiges Wort hervorbringt, sehr auf Dementia praecox hinweist. Anfangs war Krankheitsgefühl ausgesprochen, was sich bei Dementia praecox kaum findet. Noch ein anderer Faktor scheint nach Weygandt gegen die Annahme einer

apperzeptiven Verblödung zu sprechen: das ist die noch rege Aufmerksamkeit, und er schließt die Betrachtung dieses Falles mit den Worten: „Am plausibelsten wäre die Annahme einer uns noch nicht näher bekannten organischen Schädigung des Hirns. Vorläufig tut man gut, solche keinesfalls allzu selten vorkommenden Fälle einer im Laufe der späteren Kindheitsentwicklung, hier mit 4 Jahren, einsetzenden fortschreitenden Verblödung lediglich als Dementia infantilis zu bezeichnen und eine ätiologische Beurteilung zu vertagen, bis weitere Beobachtungen und Sektionsmaterial vorliegen."

Wie bei diesem, so fällt auch bei den später noch zu erörternden Fällen auf, daß der Stillstand der geistigen Entwicklung erst in dem späteren Entwicklungsalter des Kindes eintritt und von einer geistigen Einbuße begleitet ist (Ziehen); schon erworbene Vorstellungen und Verknüpfungen von Vorstellungen werden durch den Krankheitsprozeß wieder vernichtet. Es hat sich eine erworbene Defektpsychose entwickelt, wie es Ziehen nennt, von der er weiter ausführt: „Aus praktischen Gründen ist man dazu gelangt, die in den ersten Lebensjahren sich entwickelnden Defektpsychosen noch zu dem angeborenen Schwachsinn zu rechnen. Absolut korrekt ist dies Verfahren nicht. Ein zweijähriges Kind hat beispielsweise schon einige Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen erworben. Wenn es in Imbecillität verfällt, tritt nicht nur eine Entwicklungshemmung, sondern auch eine Einbuße des schon vorhandenen Vorstellungsbesitzes ein. Strenggenommen ist also auch hier der Tatbestand der erworbenen Defektpsychose gegeben. Stellt man sich aber auf den Standpunkt der klinischen Beobachtung, so ergibt sich, daß im Krankheitsbilde die Einbuße gegenüber der Entwicklungs-

hemmung so sehr zurücktritt, daß sich die Zurechnung zum angeborenen Schwachsinn unbedingt empfiehlt".[1])

Heller[2]) hat nun Fälle von Verblödungsprozessen im Kindesalter veröffentlicht und für sie den schon erwähnten Ausdruck Dementia infantilis geprägt, der nur provisorisch sein soll, bis ein anderer gefunden ist, der das Wesen dieser Krankheitsformen schärfer und umfassender wiedergibt. Heller sagt: „Die Dementia infantilis ist dadurch gekennzeichnet, daß nach einer Periode normaler oder annähernd normaler geistiger Entwicklung, zumeist im 3. oder 4. Lebensjahre, bald unter stürmischen Erscheinungen, bald mit schleichendem Verlauf eine schwere Verblödung eintritt, welche unter dem Bilde tiefer Idiotie endigt".[3])

Alle diejenigen Fälle rechnet Heller nicht hierher, wo Demenz nach Traumen, akuten Krankheiten und Krämpfen auftritt. Psychische Traumen, Lues sind ätiologisch unwahrscheinlich bei Beurteilung der von ihm beobachteten Fälle, auch die Heredität spielt nur in einem Falle eine gewisse Rolle, wo die Mutter anämisch und nervös war, sich frühzeitig verheiratet hatte.

Alle die krankhaften Zustände, wo eine angeborene Idiotie durch einen neuen Schub im 4. oder 5. Lebensjahre beträchtliche Verschlimmerungen erleidet, schließt Heller gleichfalls aus der Gruppe der Dementia infantilis aus, doch zählt er noch solche hinzu, wo die Kinder schon vor dem Einsetzen der Krankheit sich etwas langsam geistig entwickelten, ohne

---

[1]) Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. 1902. Heft 2, S. 72.

[2]) Heller, Dementia infantilis. In Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandlung d. jugendl. Schwachsinns, Bd. 2. Heft 1. S. 17 ff.

[3]) Heller a. a. O. S. 18.

aber schwere Defekte zu zeigen, also ein leichter Schwachsinn schon bestand.

Zur Erläuterung der Ansichten Hellers seien seine Fälle hier kurz wiedergegeben, bis auf denjenigen, der schon von Weygandt veröffentlicht und der von Heller der Vollständigkeit wegen den andern Fällen angereiht wurde.

Im ersten handelt es sich um die Tochter eines Arztes. Eine hereditäre Belastung bestand nicht, Schwangerschaft der Mutter und die Geburt waren ungestört. Gehen und sprechen lernte das Kind etwas später wie andere gleichen Alters, konnte im 2. Lebensjahre kleine Lieder und Sprüche aufsagen, zeigte Anlagen zur Musik, nannte die Verwandten beim Namen, kannte seine Umgebung, führte aber mit seinen Spielsachen zwecklose Bewegungen aus. Körperlich entwickelte es sich gut, war grazil, im Längenwachstum gegen Gleichaltrige nicht zurückgeblieben. Im 3. Lebensjahre wurde der Schlaf schlecht, Zornesausbrüche erschreckten die Eltern, grundloses Weinen, starker Bewegungsdrang stellten sich ein, ticartige Bewegungen, wie Kopfschütteln, Hin- und Herwiegen des Oberkörpers, fielen auf; es verunreinigte sich auch. Dabei wurde die Sprache stetig undeutlicher, das Kind verlernte sogar das Nachsprechen. Am Ende des 3. Jahres soll sich nach Entfernung von Wucherungen in den oberen Luftwegen der Zustand verschlechtert haben. Grimassieren, Haltungsstereotypen, Angstzustände machten sich bemerkbar. Fiebertemperaturen hatte der Vater vor und während der Erkrankung nicht feststellen können, auch kein Erbrechen, keine Krampfanfälle, keine Störungen der Reflexe. Bei Bestehenbleiben der katatonischen Symptome machte die Verblödung rasche Fortschritte. Der begonnene Unterricht mußte bald aufgegeben werden, da das Kind nur Gegenstände vom Boden aufheben

lernte auf Befehl, sie aber nicht unterscheiden konnte; auch wurde ihm das Treppensteigen, das es völlig verlernt hatte, wieder beigebracht. Ein Jahr später schien die Erkrankung stehen zu bleiben, die katatonen Erscheinungen verringerten sich. Dabei entwickelte sich die Kranke körperlich ohne jede Störung, auch zeigte sich beim Eintritt der Menstruation das Allgemeinbefinden nicht wesentlich gestört. Seitdem ist ihr Zustand unverändert geblieben.

Der nächste Fall, den Heller anführt, wurde schon von Infeld[1]) beschrieben. Es handelt sich hier um einen von einer anämischen, nervösen Mutter stammenden Knaben, dessen Vater geistig gesund war. Bis zum 3. Lebensjahr entwickelte er sich in jeder Beziehung normal, hatte nur eine leichte Rhachitis durchgemacht, nie an Krämpfen gelitten. Plötzlich trat dann anfallsweise pavor nocturnus auf, dann war das Kind auch tagsüber erregt, furchtsam, verkannte zuweilen seine Eltern, redete wirres Zeug. Der Zusammenhang der Worte wurde immer schlechter; die Worte an sich wurden gedehnt und verunstaltet hervorgestoßen. Nach seiner Verbringung in Hellers Anstalt war der Knabe ganz ruhig, lernte die deutsche Sprache verstehen (war in Galizien geboren). Im nächsten Jahre jedoch trat eine starke Erregung ein mit großer motorischer Unruhe, Erschrecken, wobei der Kranke mitunter ängstlich seine Blicke in die Zimmerecken richtete, nach Schatten haschte, bizarre Haltungen einnahm. Bei Isolierung, Bromsalzverabreichung und Wasserbehandlung klang die Erregung ab. Schwere Demenz blieb zurück, der Kranke sprach nicht mehr spontan, verstand viele Worte nicht mehr,

---

[1]) Infeld, Beiträge z. Kenntnis der Kindespsychosen. In Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie, Bd. 22, S. 330.

grimassierte, zeigte auch ticartige Bewegungen. Später wurde er wiederholt von Kinderärzten und Psychiatern untersucht. Infeld fand keine auffallenden somatischen Abweichungen von der Norm, außer einem etwas steilen Gaumen, rhachitischen Schneidezähnen, lebhaftem Cremaster- und Kniephänomen und Hydrocephalus (53,5 cm Umfang).

Der dritte Fall in Hellers Aufsatz ist identisch mit dem schon besprochenen Weygandtschen Fall. Diesem sehr ähnlich ist der folgende, von Heller selbst beobachtete.

Ein Knabe von 4 Jahren, von gesunden Eltern stammend, der sich in jeder Beziehung normal entwickelt hatte, wird plötzlich erregt, ängstlich, widerstrebend gegen seine Umgebung; gleichzeitig fällt eine starke Einengung des Sprachschatzes auf. Nach Abklingen der Erregung zeigte sich eine, wenn auch nicht hochgradige Demenz, dabei behielt der Kranke Stereotypien, Grimassieren, Spielen mit den Fingern, Stehen mit seitlicher Haltung des Oberkörpers. Die Aufmerksamkeit ließ sich nicht leicht fixieren. Dieser Zustand veränderte sich nicht weiter.

Der nächste von Heller beschriebene Kranke ist ein sechsjähriger Knabe, der sich bis zum 3. Lebensjahr wie ein völlig gesundes Kind entwickelte, dann vor einem Hunde erschrak, sehr aufgeregt und ängstlich wurde, sich erst nach langem Zureden beruhigen ließ. Etwa ein halbes Jahr später machten sich Angstzustände und unmotiviertes Weinen bemerkbar, der Intellekt zeigte Störungen, die Freude am Spiel verschwand, der Sprachschatz verringerte sich, obwohl das Sprachverständnis noch einigermaßen vorhanden war. Zuweilen war das Kind unrein. Seine Erregungen zeichneten sich aus durch unmotiviertes Hin- und Herrennen bei stark ablenkbarer Aufmerksamkeit. Das Essen geschieht hastig,

wobei häufig Speichel aus seinem Mund fließt. Zerlegen und Zerstören ist seine Lieblingsbeschäftigung, nur durch Musik läßt er sich von seiner Tätigkeit auf einige Zeit ablenken. Erbliche Belastung liegt nicht vor.

Der sechste Kranke Hellers ist ein aus gesunder Familie stammender Knabe, der bis zum 4. Jahre keinerlei Entwicklungsstörungen zeigte, dann bei einer Spazierfahrt aus dem Wagen fiel, doch keine Zeichen von Gehirnerschütterung darbot, auch Monate hindurch nachher keine Krankheitssymptome hatte, bis sich eines Tages Verstimmung, träges Vorsichhinbrüten einstellte, ab und zu unterbrochen von heftigen Erregungszuständen. Die Sprache verlor sich ganz; oft stellten sich Zornausbrüche ein, wobei der Knabe seine Geschwister bedrohte. Nachdem sich diese Erregungszustände gebessert hatten, war eine deutliche Intelligenzstörung bemerkbar. Der Kranke bedurfte ständiger Aufsicht. Bewegungsstereotypien, die sich im Verlauf der Krankheit eingestellt hatten, verschwanden nicht mehr.

Heller faßt am Schlusse seiner Arbeit nochmals die gleichartigen Symptome seiner Fälle zusammen: Beginn im 3. oder 4. Lebensjahr, Aufregungszustände, Stereotypien in Haltung und Bewegung, starke Beeinträchtigung der Intelligenz, Einengung des Sprachschatzes, Wortverstümmelung. Trotz starker Verblödung zeigen die Hellerschen Kranken einen intelligenten Gesichtsausdruck; eine pädagogische Einwirkung war erfolglos wegen der starken Ablenkbarkeit der Aufmerksamkeit. „Die betreffenden Kinder," sagt Heller, „bedürfen fortwährender Aufsicht und sorgfältiger Pflege, da sie unberechenbar sind und höchst unangenehme Gewohnheiten annehmen können." Der Autor läßt sich in keine Erörterungen ein über die Einreihung dieser Krankheitsbilder, die klinisch

eine abgeschlossene und gleichartige Gruppe darzustellen scheinen, und schließt sich der schon vorher zitierten Ansicht Weygandts an.

In dem Falle, den Herr Geheimrat Dr. Ganser die Güte hatte, mir zur Veröffentlichung zu überlassen, handelt es sich um einen jetzt etwa elfjährigen Knaben, der am 23. 6. 1909 in die Irrenabteilung der städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden aufgenommen wurde. Anamnese: Paul K. wurde am 23. 10. 1899 als einziges Kind seiner Eltern geboren. Nach den angestellten Erhebungen über das Bestehen einer erblichen Belastung ergab sich, daß sein Vater völlig gesund, seine Mutter schon von jeher „nervös“ war. Sie hat niemals abortiert; oft leidet sie an Migräneanfällen, die zuweilen mit Erbrechen verlaufen und sich durch Kaltwerden der Füße ankündigen; Flimmerskotom wurde nicht beobachtet. Krampfanfälle will sie nie gehabt haben. In der Schule lernte sie sehr gut, war ehrgeizig. Schon seit Jahren ist ihr Schlaf unruhig, aus dem sie oft, durch Träume erschreckt, auffährt. Vor etwa 4 Jahren wurde sie ernstlich krank, konnte nach einem plötzlichen Schreck nur noch mit großer Mühe gehen, mußte ungefähr ein Vierteljahr hindurch immer von ihrem Manne geführt werden, lag täglich stundenlang auf dem Sofa. Der Arzt verordnete ihr Rhabarberwein und schickte sie aufs Land. Dort erholte sie sich bald, kehrte gekräftigt und völlig wieder hergestellt zurück. Der Großvater väterlicherseits starb, 74 Jahre alt, an Alterssiechtum, die Großmutter väterlicherseits an Kindbettfieber, war außerdem lungenleidend. Eine Tante des Vaters litt an Krämpfen, war vorübergehend gelähmt. Ein Vetter des Vaters nahm sich mit 12 Jahren das Leben nach einem kleinen Verweis. Der Vater der Mutter

erlag im 57. Lebensjahr einem Gehirnschlag, die Mutter der Mutter starb an Magenkrebs. Ein Bruder der Mutter endete durch Selbstmord, hatte in seinen letzten Lebensjahren Furcht vor Magenkrebs; ein anderer wurde vor einem Jahre in der Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden wegen einer Depression behandelt. Jetzt soll er, völlig wieder hergestellt, ein eigenes Geschäft leiten. Zwei weitere Brüder der Mutter waren ebenfalls nervenleidend, eine ihrer Schwestern starb nach einer Lähmung. Trunksucht ist in der Familie nicht vorgekommen. Die Vettern und Basen des Kranken sind alle gesund.

Der Knabe wurde rechtzeitig, ohne ärztliche Hilfe geboren. Die Schwangerschaft verlief normal, war durch keine Krankheiten kompliziert. Die Geburt dauerte etwa 16 Stunden. Das Kind war nicht asphyktisch. Es wurde mit der Flasche genährt, fixierte bald, freute sich, wenn ihm etwas geschenkt wurde, weinte, wenn man ihm sein Spielzeug wegnahm, fing mit Beginn des 2. Lebensjahres an zu sprechen und lernte mit $1^1/_4$ Jahren laufen, entwickelte sich geistig und körperlich gut, war folgsam, lernte kleine Gebete, Kinderlieder, gratulierte der Großmutter mit einem kleinen Verse zum Geburtstage, spielte gern, auch mit anderen Kindern, verunreinigte sich nicht. Zuweilen lief es der Mutter eine Strecke weit entgegen, wenn es sie vom Fenster der Wohnung aus auf der Straße daherkommen sah, wich dabei geschickt den Fuhrwerken und der Straßenbahn aus. Zeiten, in denen es oft und anhaltend geschrien hätte, beobachteten die Eltern nicht. Das Zahnen ging ohne Konvulsionen und schwerere Störungen vorüber. $1^1/_2$ Jahr alt, fiel der Knabe, zog sich dabei eine Beule am Kopf zu, weinte darauf kurze Zeit, beruhigte sich aber bald wieder. Bedrohliche Symptome wurden darnach nicht bemerkt. Mit 4 Jahren rannte der Knabe beim

Spielen gegen einen Laternenpfahl, blutete aus einer Hautwunde an der Stirn, die unter Narbenbildung rasch abheilte. Auch hiernach zeigten sich keine Erscheinungen von Gehirnerschütterung. Als das Kind etwa $3^1/_2$ Jahre alt war, wurde es plötzlich widersetzlich, warf sich auf den Boden, brüllte, wobei Lippen und Gesicht blau wurden. Diese Wutanfälle wiederholten sich dreimal. Zuckungen, Bewußtlosigkeit traten dabei nicht auf. Der Knabe wurde gezüchtigt, worauf er seinen Zorn nicht mehr in dieser Weise äußerte, doch neigte er von dieser Zeit ab dazu, allerlei Schabernack zu treiben, freute sich, wenn ihm ein Streich gelungen war. Er mochte etwa 5 Jahre alt sein, als seiner Mutter auffiel, daß er „übermäßig lustig“ wurde, „auf den Fußspitzen wippte“ und dadurch Störungen bei Besuchen verursachte; er fühlte sich dann 6—8 Wochen lang nicht wohl, hatte deutliches Krankheitsgefühl, erbrach mehrmals, besonders morgens, und gähnte viel mehr wie früher. Aufmerksam war er noch immer, konnte aber nicht wie Kinder gleichen Alters eine kleine Anzahl von Kugeln beim Spielen abzählen, als er mit $6^1/_2$ Jahren zur Schule kam. Von körperlichen Krankheiten hatte der Knabe bis dahin Windpocken, zweimal Masern und Keuchhusten durchgemacht. Schon in den drei ersten Wochen des Schulbesuchs fühlte er sich matt, wenn er mittags nach Hause kam und mußte zu Bett gebracht werden. Der Blick war unstäter als früher. Im Unterricht machte er keine Fortschritte, auch sprach er, wenn er von sich redete, nie in der ersten Person, sondern nach der Art jüngerer Kinder in der dritten. Alles, was er an Gebetchen, kleinen Liedern vor dem Beginn der Krankheit noch gekonnt hatte, verlernte er, hatte auch keine Freude mehr am Spielen. Früher hatte er gern aus feuchtem Sand kleine Formen hergestellt, alles das

war vergessen. Dagegen trat ein auffälliger Zerstörungstrieb zutage, er zerschnitzelte Papier und zerbrach seine Spielsachen. Als er das erste Jahr die Schule besuchte, fiel es auf, daß der Knabe nach seinem Schatten haschte, sich besonders in der Dämmerung sehr fürchtete, mehr als früher. Eines Nachts schreckte er aus dem Schlafe auf, rief seine Mutter zu sich, zeigte große Angst und deutete auf ein in der Ecke stehendes Bügelbrett, das mit einem Tuche umhüllt war, und das er für eine Frau hielt. Als ihm die Mutter eines Abends vor dem Schlafengehen einen Fiedelbogen zeigte, der in einem Futteral lag, wurde er sehr ängstlich und beruhigte sich erst, als man den Gegenstand entfernte. Er ließ sich dann zu Bett bringen, schrie aber nach einer Weile grell auf und rief: „Das sind doch keine Engel mit Fiedelbogen?“ In derselben Nacht wiederholte er die Frage mehrmals und schlief erst in einer feuchten Packung ein. Seit dem Beginn der Erkrankung zeigte der Knabe eine auffallende Unruhe, die in ihrer Intensivität sehr wechselte. Mit ungefähr $7^1{}_2$ Jahren mußten die Eltern den Knaben aus der Bürgerschule nehmen, da er den Unterricht störte und nicht vorwärts kam. Er besuchte dann eine private Erziehungsanstalt, deren Direktor die Beobachtung machte, die auch die unterrichtende Lehrerin bestätigte, daß er zeitweise Antworten gab, die auf Erfassen des Gehörten schließen ließen. Dann aber schien der Knabe wieder kein Verständnis für den Lehrstoff zu haben, auch zu Zeiten einfach nicht zu wollen. Mechanische Fertigkeiten waren ihm leichter beizubringen. Stets bedurfte er der Überwachung, da er zu Gewalttätigkeiten neigte. So schlug er plötzlich seine Schiefertafel auf die Köpfe seiner Mitschüler, warf die Tafel durch das Zimmer, sprang unvermutet über die Bänke oder ging ohne jeden Grund auf andere Kinder

los, fuhr ihnen mit dem Griffel nach den Augen und freute sich beim Gelingen eines boshaften Streiches. Wurden ihm wegen seines Verhaltens Vorwürfe gemacht, dann weinte er und versprach, es nicht wieder zu tun, war aber schon im nächsten Augenblick wieder wie zuvor. Einmal sagte er nach einer Bestrafung lachend: „Ich habe eben Haue gekriegt.“ Mit seinen Mitschülern spielte er niemals, war fast stets gereizt gegen sie. Bisweilen ließ er seinen Harn in die Schulstube, verunreinigte sich auch selbst. Über den Erfolg des Unterrichtes ergab die Nachfrage, daß er höchstens bis 10 zählen lernte, nur Buchstaben lesen, sie aber nicht zu Worten zusammensetzen konnte. Anfangs war die Lehrerin mit seiner Aussprache zufrieden, bald aber fing der Knabe an, die Worte zu verstümmeln, sie falsch zu betonen, manche Silben unnatürlich zu dehnen, zuweilen sie schreiend hervorzustoßen. Gut gelang ihm das Abschreiben von Buchstaben, doch war ihm Schreiben nach Diktat unmöglich. Kleine Geschichten, die die Lehrerin ihm erzählte, verstand er nicht, sprach immer von sich in der dritten Person. Sein Vater mußte ihn in die Schule bringen und ihn abholen, während er schon mit 4 Jahren mehrere Straßen weit von den Eltern fortgeschickt werden konnte, um kleine Botengänge zu machen. $1^3/_4$ Jahr lang besuchte er den Unterricht in dieser Schule, mußte aber dann wegen steter Zunahme der Erregung bald $^3/_4$ Jahr zu Hause gehalten werden und trat dann in eine Hilfsschule ein, wo er aber auch nur $^1/_2$ Jahr bleiben konnte, weil er fortwährend den Unterricht störte und seine Erregung sich steigerte. Damals fiel schon häufiges Grimassieren auf, ferner, daß er Worte, die er in seiner Umgebung hörte, unaufgefordert nachsprach und daß seine Aufmerksamkeit immer ablenkbarer wurde. Die Steigerung der krankhaften Symp-

tome veranlaßte die Eltern, ihn in eine Privatklinik aufnehmen zu lassen, wo der bestehende Erregungszustand so weit abklang, daß ihn die Eltern nach 14 Tagen wieder mit nach Hause nehmen konnten. Als aber nach mehreren Wochen der Zustand des Kranken sich wieder zusehends verschlimmerte, brachten ihn die Eltern in die Irrenabteilung der Heil- und Pflegeanstalt.

Aufnahmebefund v. 23. 6. 1909: Der fast zehnjährige Kranke läuft im Zimmer umher, schwatzt dauernd vor sich hin, die Worte verdrehend und verstümmelnd, ist schlecht zu fixieren. Fingerzählen und Rechnen unmöglich. Bis 10 zählt der Knabe richtig, kommt aber nicht weiter. Buchstaben kennt er nicht sicher, nur „a“. Statt einer Antwort wiederholt er oft nur die Frage.

Körperlicher Befund. 135 cm großer, körperlich ebenmäßig gebildeter Knabe von mittelmäßigem Knochenbau, guter Muskulatur, gutem Ernährungszustand. Wirbelsäule ohne Verkrümmung. Die Finger lassen sich spitzwinkelig nach dem Handrücken zu biegen. Haut und Schleimhäute von gesunder Farbe. Auf der Stirn, etwa in der Mitte, befindet sich eine über dem Knochen leicht verschiebliche Narbe. Die Drüsen am Unterkieferwinkel sind etwas geschwollen, auf Druck nicht schmerzhaft. Auch sonst finden sich keine Drüsenschwellungen oder gar Drüsenpakete. Die Cubital- und Nackendrüsen sind nicht fühlbar. Von Degenerationszeichen findet sich nur eine Lückenbildung zwischen den beiden mittleren oberen Schneidezähnen (Diastema), die erheblich größer sind, als die beiden benachbarten. Kopf von länglicher Form, ohne Zeichen von Rhachitis, 51 cm im Umfang; die Stirn ist ziemlich niedrig, der Haarwuchs voll, ohne Zeichen irgend einer Erkrankung der Haare oder des Haarbodens, die Gesichtsbildung regel-

mäßig. Die Eck-, Prämolar- und Molarzähne sind sehr cariös, die Stellung der Zähne ziemlich unregelmäßig. Die Zunge ist ohne Belag, ohne abnorme Furchung oder Wucherung der Papillen, am Rande frei von Bißnarben. Die Gaumenwölbung ist mittelstark, Tonsillen und Rachen zeigen keine auffallende Veränderung.

Hals: Die Schilddrüse ist nicht vergrößert, der Hals selbst in Länge und Umfang den sonstigen Körperverhältnissen angemessen.

Die Brust ist gut gewölbt, ohne Anomalien des Sternums, die Herzdämpfung bleibt innerhalb normaler Grenzen, der Spitzenstoß im 5. Intercostalraum, etwas einwärts von der linken Mamillarlinie, nicht verstärkt, nicht hebend. Die Herzaktion ist regelmäßig, die Töne sind rein, ohne krankhafte Akzentuation, der Puls regelmäßig, von mittlerer Füllung und Spannung. Auf den Lungen ist keine Dämpfung festzustellen, überall hört man Vesiculäratmen.

Bauch: Die Form ist ohne auffällige Veränderung, die Bauchdecken ohne besondere Spannung, doch sind die Abdominalorgane nicht der Palpation zugänglich. Die Perkussion ergibt keine auffallende Dämpfung. Alle Bauchpforten sind geschlossen, die Geschlechtsteile ohne Zeichen irgend einer Erkrankung, die Hoden an richtiger Stelle; es besteht keine Phimose. Der Harn enthält weder Zucker noch Eiweiß.

Die Gliedmaßen sind frei von Zeichen einer durchgemachten Rhachitis. Die Körperhaltung ist aufrecht; der Gesichtsausdruck wechselt außerordentlich, ist zuweilen boshaft, schelmisch, zeigt dann wieder Staunen, ändert sich jäh, ebenso wie die Stimmung rasch umschlägt, ist aber keineswegs unintelligent. Die Sprache ist zeitweise ohne jede Störung, dann wieder werden die Worte verstümmelt, die

Endsilben abgeschliffen oder auffällig gedehnt (vgl. den psychischen Status).

Die Sehschärfe läßt sich genauer nicht prüfen wegen der Unfähigkeit des Kranken, sich länger auf eine Gesichtsempfindung zu konzentrieren. Jedenfalls scheint eine gröbere Störung ausgeschlossen zu sein, da der Knabe Gegenstände, die ziemlich weit entfernt sind, richtig benennt, wenn sie seine Aufmerksamkeit auch nur für eine kurze Weile fesseln. Farbensinn scheint er nicht zu haben (vgl. den psychischen Status).

Die Hörschärfe scheint auch nicht wesentlich herabgesetzt zu sein. Den Klang der Stimmgabel vernimmt er, lacht und sagt: „Es brummt".

Geruch und Geschmack sind nicht zu prüfen, da sich der Knabe sehr sträubt.

Gröbere Sensibilitätsstörungen scheinen nicht vorzuliegen. Bei Nadelstichen wehrt der Knabe ab, ist aber nicht zu genaueren Angaben über die Beschaffenheit der Sinnesempfindung zu bewegen.

Über die Lage und Stellung der verschiedenen Körperteile kann sich der Kranke nicht aussprechen.

Auffällige Schmerzempfindlichkeit der größeren Nervenstämme, der Austrittsstellen des Trigeminus, der Intercostalnerven, auch Ovarie war nicht festzustellen. Jedenfalls zeigte der Gesichtsausdruck bei der Prüfung keine unangenehmen Empfindungen an. Die Bewegungen des Gesichts, der Augen, der Zunge, von Kopf und Rumpf sowie der Gliedmaßen sind nicht gestört, ab und zu fällt stärkeres Grimassieren auf. Die grobe Kraft ist rechts und links gleich gut erhalten, Tremor, Ataxie und Rombergsches Phänomen fehlen. Stehen und Gehen zeigen keine wesentlichen Abweichungen von der

Norm. Die Bewegungen sind oft rasch und gewandt, mitunter sogar zierlich, im ganzen aber doch etwas eckig und ungelenk. Blasen- und Mastdarmfunktion sind ungestört.

Reflexe: Die Pupillen sind gleich weit und reagieren prompt auf Lichteinfall, Akkomodation und Konvergenz. Konjunktival- und Gaumenreflex, auch der Würgreflex sind auslösbar.

Von den Hautreflexen ist der Bauchdeckenreflex positiv, der Cremasterreflex ebenfalls, der Fußsohlenreflex schwach. Babinsky ist nicht vorhanden. Die Sehnenreflexe sind alle auslösbar und nicht gesteigert. Patellar- und Fußklonus lassen sich nicht nachweisen. Die Periostreflexe sind auslösbar ohne besondere Steigerung. Die vasomotorische Erregbarkeit ist nicht krankhaft erhöht.

25. 6. 1909. Der Kranke ist sehr unruhig, schreit, springt umher, lacht grundlos, schlägt auf die Knaben, die mit ihm auf einer Station sind, ein, läßt sie nicht spielen, reagiert auf kein Verbot. Wenn man ihn davon abhält, schreit er, ist widerspenstig. Im Garten mußte er gehalten werden, da er Blumen und Sträucher abriß. Des nachts ist er bis gegen 10 Uhr laut, schläft aber dann ein.

27. 6. 1909. In seinen wirren, unzusammenhängenden sprachlichen Äußerungen fällt häufige Echolalie auf. Motorisch hochgradig unruhig, rüttelt an dem Bettvorstecker, zieht sein Hemd aus, zerreißt ein Vortuch, wirft Stühle um, bleibt auch nachts laut, so daß die andern Kranken unruhig werden, wird auf die unruhigere Station verlegt, wo er fortlärmt, das Schlafmittel ausspuckt und sich erst auf eine Morphiuminjektion etwas beruhigt, sich aber noch bis $^1/_2$5 Uhr morgens schlaflos im Bett herumwirft.

30. 6. 1909. Der Kranke konnte nicht im Garten bleiben,

da er in den Abort lief und alles in den Mund steckte, was er dort fand. — Manche Gegenstände werden richtig bezeichnet, nur bisweilen die Worte verstümmelt, z. B. „Kurche“ statt „Kirche“. Der Kranke ist noch sehr laut und störend, läuft viel umher, wird von den Vorgängen in der Umgebung stark abgelenkt, kann sich nicht konzentrieren.

10. 7. 1909. Unter fortgesetzter Bäderbehandlung ruhiger, aber besonders abends noch laut, meist bis gegen 10 Uhr. Fragen nach seinen Eltern kann er nicht beantworten, sagt nur: „Papa“ oder „Mama“. Gewöhnlich gibt er zur Begrüßung die linke Hand, wird diese zurückgewiesen, die rechte. Besonders beim Sprechen grimassiert er, bewegt dabei die Muskulatur einer Gesichtshälfte, so daß eine Facialisparese vorgetäuscht wird. Die Echolalie besteht weiter.

27. 7. 1909. Wieder stärker erregt.

29. 7. 1909. Gegen ärztlichen Rat von den Eltern abgeholt, aber am 30. 7. 1909 zurückgebracht, weil sie hofften, daß sich der Zustand des Kranken, der zu Hause leidlich gewesen war und sich in keinerlei Weise geändert hatte, sich durch längere Anstaltsbehandlung noch weiter bessern könnte.

3. 8. 1909. Gab gestern an, Kopfschmerzen zu haben, beantwortete auch diesbezügliche Fragen richtig. Durch Spiele ist er etwas leichter abzulenken, verfolgt aber dabei nicht, wie andre Kinder, einen gewissen Plan, sondern geht von ihm, wenn er überhaupt einen Plan dabei hat, bald ab, wirft die Spielsachen untereinander und ist oft geneigt, sie zu zerstören. Im ganzen ist er schwer zu beeinflussen.

4. 8. 1909. Der Knabe liest Zahlen bis 10 richtig, ist dabei sehr schwer zu fixieren; zählt auch richtig bis 12.

9. 8. 1909. Er soll ein vorgezeichnetes Haus nach-

zeichnen, fängt dabei mit ziemlich krummen Linien an, deutet Dach und Schornstein an, äußert aber plötzlich den Wunsch, einen Schornsteinfeger auf das Haus zu setzen, den er auch, wohl unbeholfen, aber doch erkennbar, in den Schornstein hineinmalt. Darauf aber ist er nicht zu bewegen, Tür und Fenster zu zeichnen, sondern fährt unter Lachen und Ausstoßen von unartikulierten Lauten fort, immer wieder Schornsteinfeger darzustellen. Aufgefordert, einen bestimmten Buchstaben nachzuschreiben, läßt er sich zeitweise durchaus nicht dahinbringen, nun einen andern nachzuschreiben, sondern reproduziert mehrmals immer wieder den ersten oder kritzelt sinnlose Striche hin.

13. 8. 1909. Exploration:

Wer bin ich? „Doktor.“

Wie heißt du? „Paul.“

Sag K. (es folgt der Name)! „K.“

Er sieht den Arzt schreiben und fragt ihn: „Was schreiben Sie denn, hm?“

Was ist das? „Bleistift.“ Er antwortete zuerst „Bleikift“, worauf ihm erst das Wort vorgesagt werden mußte, das er dann richtig wiederholte.

Was ist das (Finger)? „Nagel.“

Was ist das? „Nase.“

Das Ohr muß ihm erst dreimal gezeigt werden, bis er es richtig benennt, er ruft dann spontan: „Prusseins“. Uhr und Messer werden ebenfalls richtig benannt. Den Arzt beim Schreiben beobachtend, ruft er plötzlich: „Der malt's I!“

Zähle von 1 an! (Muß zweimal aufgefordert werden.) „1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 8, 9, 10, 11.“

Wiederhole es! „1, 2, 3, 4, 5, der Paul ist's nicht!“

1 + 1? „2.“ 1 + 2? „3.“ 1 + 3? „4.“ 2 + 2? „8.“ 2 + 2? „5.“

Was macht man mit einem Messer? „Schneiden!“

Was macht man mit einem Löffel? — Man gibt ihm einen Löffel, der Kranke nimmt ihn und ruft: „Ziehen.“

Wo ist deine Mama? „Zu Hause.“

Wo ist der Papa? „Zu Hause.“

Wo ist der Lehrer? „Schule.“

Was schmeckt gut (zweimal gefragt)? „Mejin.“

Was schmeckt noch gut? „Bitter Bromsalz.“

Trinkst du Milch gern? —

Was machst du mit Zucker? „Ißt man.“

In einem Bilderbuch bezeichnet er richtig Hühner mit „kleines Hühnchen“, Reh aber mit „Segelschiff“. Haus und Mann bezeichnet er nicht. Er wird außerordentlich leicht von den Gegenständen abgelenkt, die neben den zu bezeichnenden dargestellt sind.

17. 8. 1909. Ziemlich ruhig, spielt mit dem Baukasten, spricht dabei vor sich hin, bezeichnet den einen Arzt immer wieder als „Lehrer“, den andern als „kleiner Doktor“; kommt, wenn er gerufen wird. Der Schlaf ist jetzt gut.

25. 8. 1909. Wieder unruhig, spricht laut, läuft durch die Säle, befolgt Aufforderungen schlecht, sträubt sich dann und fängt an zu weinen, ist aber bald wieder heiter, lacht ohne Grund, grimassiert. Dauerbäder.

2. 9. 1909. Wieder ruhiger. Die Aufmerksamkeit ist stark gestört. Einfache Fragen müssen mehrmals an ihn gerichtet werden, ehe er sie beantwortet, spielt dabei mit den Fingern oder mit Gegenständen, die er erreichen kann. Durch jede Bewegung im Zimmer wird er abgelenkt, so z. B. durch das Schlagen der Uhr, das Flattern der Vorhänge.

Die Pfleger kennt er, die auf seiner Station sind, nennt sie auch bei Namen, doch weiß er nicht, wie die beiden andern Knaben heißen, die oft mit ihm spielen. Die Ärzte bezeichnet er zuweilen als „Mann“ oder „Lehrer“.

10. 9. 1909. Einzelne Begriffe sind ihm schwer beizubringen, z. B. wurde ihm täglich im Garten mehrmals gesagt, daß er eine Mütze auf dem Kopf habe. Er antwortete jedoch täglich auf die Frage: „was hast du auf dem Kopf?“ „Nichts.“ Noch unaufmerksam, aber ruhiger. Der Kranke wird nach der Idiotenabteilung verlegt.

20. 9. 1909. Der Knabe ist leidlich ruhig, geht mit den andern Kindern in den Garten, ist stark ablenkbar. Schlaf und Nahrungsaufnahme gut.

3. 10. 1909. Wieder viel unruhiger in den letzten Tagen, schwatzt viel vor sich hin, die Worte dabei verstümmelnd, zerreißt Papier in kleine Stücke, neckt andere Kranke, springt plötzlich über die im Saale stehenden Bänke, rennt umher, ist schwer zu fixieren, grimassiert, lacht grundlos.

9. 10. 1909. Ruhiger, wird von den Eltern abgeholt.

Der Kranke wurde seit seiner zweiten Entlassung zwecks Beobachtung seines Geisteszustandes wiederholt von der Mutter in die Anstalt gebracht und dort untersucht, wohnte im übrigen aber zu Hause.

4. 11. 1909. Der Knabe sitzt ruhig auf dem Stuhl, beobachtet dabei die Vorgänge in seiner Umgebung, ruft plötzlich: „Das ist ein Stock!“ lacht dabei und fährt dann fort, in unverständlichen Lauten vor sich hinzusprechen, grimassiert zuweilen, stößt zum Schlusse unter Lachen hervor: „Quilis . . sss . . . s“.

Angaben der Mutter: Seit der zweiten Entlassung hat sich der Zustand des Kranken zu Hause nicht wesentlich

geändert. Die Erregungszustände, die kaum durch äußere Ursachen und häufig ohne Vorboten auftreten, wechseln sehr in ihrer Intensität. Er quält sich zuweilen eine halbe Stunde lang mit einem Worte ab, wiederholt es immer wieder, zuletzt schreiend und weint dann zuweilen (z. B. „Steinmann, Steinmann, . . .“ oder „Bodeneins, Bodeneins, . . .“). Ab und zu klagt der Knabe über Kopfschmerzen. „Die richtige Freude an Spielsachen hat er nicht mehr wie früher.“ Will ihm die Mutter etwas im Schreiben unterrichten, dann wird er sehr bald mürrisch, übellaunig, aufgeregt, so daß derartige Versuche von den Eltern aufgegeben worden sind.

21. 12. 1909. Angabe der Mutter: In den letzten Wochen traten bei dem Kranken Appetitlosigkeit, Erbrechen, Aufstoßen, dünne, dann wieder festere Stühle auf. Salzsäure und Pepsin behoben diese Störung. Sonst hat sich der Befund nicht wesentlich verändert bis auf das Auftreten von Patellarklonus rechts, was früher nicht festgestellt worden war.

12. 1. 1910. Der Knabe sitzt ganz still, spricht längere Zeit nicht, hört auf das Läuten der Glocke, ruft dann: „Es bimmelt!“ lacht, als es aufhört, spricht weiter in abgerissenen, unverständlichen Lauten, wiederholt dabei öfters: „Reinweichensteller, Reinweichensteller...“ (sein Vater ist Weichensteller), deutet dann mit dem Finger auf ein beschriebenes Blatt und sagt: „Boschtin, Grrr . . . sinsch“, sitzt darauf wieder still da, spielt mit seinen Fingern, grimassiert, ab und zu Echolalie, nur noch selten Aufstoßen.

Da der Kranke ziemlich ruhig ist, wird versucht, einen psychischen Status aufzunehmen nach einem Schema, das in der Idiotenanstalt Chemnitz-Altendorf bei der Untersuchung schwachsinniger Kinder gebräuchlich ist; kleine Modifikationen machten sich notwendig, auch wurde die Untersuchung wesent-

lich durch die Aufmerksamkeitsstörung des Knaben erschwert, bringt auch zum Teil Resultate nochmals, die sich im Laufe der früheren Beobachtung ergeben hatten, sie seien aber doch der Vollständigkeit halber hier angeführt.

Psychischer Status:

1. Der Knabe horcht auf, wenn man ihn bei seinem Namen ruft.

2. Wie heißt du? „P. K.“

3. Sprich nach!

Mama, „Mama“. Franz, „Franz“.

Papa, „Papa“. Knopf, „Knopf“.

Anna, „An-na“ (letzte Silbe betont). Schwester, „Schwester“.

Pfennig, „Pfennig“. Bleistift, „Bleistift“.

Schlüsselloch, „Schlüsselloch“.

Der Kranke deutet plötzlich auf das beschriebene Blatt und ruft: „Da oben ist Fiedelbogen!“

4. Sprich nach!

Wir gehen, „gehen“.

Ich habe Hunger. „Ich habe Hunger“ (spricht das Wort Hunger sehr nasal aus).

Ich will Brot essen. „Ich will Brot essen.“

Die Mutter holt das Brot. „Die Mutter holt das Brot.“

Wir kaufen Brot und Semmel. „Wir kaufen Brot . . . Brot . . . Brot . . . nich.“

Der Bäcker kauft Mehl bei der Mutter. (Er kann den Satz nur bruchstückweise nachsprechen, wird verdrießlich, leicht abgelenkt.)

5. Alle Konsonanten und Vokale spricht er nach; Stottern wurde nicht beobachtet.

6. Bildet das Kind selbst Sätze? Ja, z. B. „Guck mal die lange Esse!“

Spricht es in unvollständigen Sätzen? Zuweilen tauchen unter unverständlichen Worten und Lautverbindungen vollständige und unvollständige Sätze auf.

In welcher Person spricht es von sich? In der dritten Person.

Kann es sich, wenn es nicht spricht, sonst deutlich machen? Ja, durch Anschmiegen an die Mutter und durch unartikulierte Laute gibt es seine Unlustgefühle, durch Lachen und Hüpfen seine Freude zu erkennen. Mitunter lacht es auch ohne Grund.

7. Zeigt der Kranke Unterscheidungsvermögen? Der Kranke läuft auf Befehl nach der Türe, nach dem Tische, holt auf Befehl die Mütze vom Tische, auch die Handschuhe, findet und holt die an anderen Orten niedergelegten Schlüssel, aber letztere erst nach wiederholten Aufforderungen.

Kombinierte Übungen: Er legt auf Befehl die Kappe auf den Tisch, erst nach einigen Zögern die Handtasche auf den Stuhl. Sortieren verschieden großer Papierstücke nach der Größe: Er sucht aus dem zusammengeworfenen Haufen einige große Stücke heraus, wirft aber sofort alle wieder durcheinander, ist nicht zu bewegen, sie in Ordnung zu bringen.

Sortieren von verschiedenartigen Täfelchen: Das gelingt ihm nicht.

Zeige Augen, Ohren, Lippe, Nase! Er zeigt auf Lippen und Nase, dagegen nicht auf Ohren und Augen, wird abgelenkt.

Zeige den Schrank! Er geht an die Tür und sieht durchs Schlüsselloch.

Zeige die Tür! Er geht an die Türe, bleibt davor stehen.

Zeige den Stuhl! Lachend geht er daran vorbei, antwortet erst „Stuhl“, wenn man darauf deutet und ihn danach fragt.

8. Kennt der Kranke die Einzelbilder verschiedener Gegenstände? Er erkennt die ihm mit Bleistift vorgezeichneten Figuren, z. B. Besen, Wagen mit Kutscher, die vorgespannte Kuh, (was macht die Kuh? „Sie zieht") Kaffeemühle, Kaffeetasse, Bank, Flasche, Schornstein.

Kann der Kranke Gruppenbilder erfassen, beschreiben? Nein. Er bezeichnet nur einzelne Figuren richtig, faßt aber den Zusammenhang der Darstellung nicht auf, kann sich auch nicht darüber aussprechen.

Unterscheidet der Kranke schwere und leichte, harte und weiche Gegenstände? Nein.

Unterscheidet er kaltes und warmes Wasser? Nicht sicher.

Erkennt er durch Tastsinn Gegenstände, die man ihm in die Hand gibt? Der Kranke läßt sich die Augen nicht verbinden, auch nicht zuhalten, wird dabei weinerlich, unruhig, macht Abwehrbewegungen, achtet nicht auf die Gegenstände, die man ihm in die Hand drückt.

Kann er Tätigkeiten (pochen, klingeln, singen, springen, bürsten) an ihrem Geräusch erkennen und benennen? Er hört auf der Treppe das Klopfen der Arbeiter im Haus und ruft: „Klopft!" lacht dann „hörst du's? Es pocht unten." Das Geräusch der Maschinen vom Ökonomiegebäude herüber vernehmend sagt er: „Es quietscht ... die Esse oben", betrachtet dabei den rauchenden Schornstein. Weiter ist der Kranke nicht zu fixieren.

Die Prüfung auf das Erkennen schmeckender und riechender Stoffe scheitert an dem Widerstreben und der Aufmerksamkeitsstörung des Kranken.

Ahmt er vorgemachte Körperbewegungen nach? Nein, auch auf bestimmte Aufforderung nicht, lacht, verzieht aber gleich darauf das Gesicht unwillig, wird sehr abgelenkt durch

Vorgänge in seiner Umgebung und sagt schließlich: „Ich will nicht“. Er ruft plötzlich, als er von draußen her das Schreien unruhiger Kranken der Frauenabteilung hört: „Das war'n die Mädeln . . . die E. B.“ (Name einer kleinen Hilfsschülerin, die ihm noch zuweilen auf der Straße begegnet.)

Kann er auf Befehl den rechten Arm heben, dann den linken? Nein, man muß zuerst auf die Hand deuten. Rechts und links werden nicht unterschieden.

Wie benimmt er sich beim Treppensteigen? Er steigt ruhig und regelmäßig hinauf und hinunter, sieht sich oft um, wenn jemand hinter ihm hergeht.

9. Kann er einen Knopf auf- und zuknöpfen? Alle Knöpfe macht er auf, aber nicht zu, muß von der Mutter entkleidet und angezogen werden. (Vor seinem Eintritt in die Schule verrichtete er seine Notdurft ohne jede Hilfe, ordnete auch seine Kleider, jetzt aber nicht mehr.)

10. Kann er eine Nähnadel einfädeln? Nein.

11. Kann er einen Ball werfen? Nicht gut, ist dabei sehr ungeschickt, auch ist es ihm nicht möglich, einen zugeworfenen Ball aufzufangen.

12. Kann er eine Tür öffnen und schließen? Ja.

13. Kann er ein Kreuz, einen Ring, ein Fenster malen? Nein, wird zu sehr abgelenkt, malt mit krummen Strichen ein Haus, das fast unkenntlich ist, neigt dazu, ihm geläufige Buchstaben oder Zahlen hintereinander niederzuschreiben oder sinnlose Striche hinzukritzeln.

Die Aufforderung, ein Kreuz oder einen Ring zu zeichnen, befolgt er nicht.

14. Kann er auf Papier vorgezeichnete Figuren (Dreieck, Viereck) ausschneiden? Nein.

15. Nenne mir die Körperteile! Der Kranke ist dazu nicht imstande.

Nenne alle Tiere, die du kennst! Selbst auf wiederholtes Fragen ist keine Antwort zu erhalten.

Welche Tiere spannt man an den Wagen? „Pferd.“ Zu weiteren Angaben ist er nicht zu bewegen; er verlangt den ihm kurz zuvor abgenommenen Bleistift.

Wer macht Stiefel, Wurst, Brot? Die Antworten sind ganz zerfahren, bringen Redewendungen, die nicht zur Sache gehören.

Was ist dein Vater? „Er ist auf O, ist nicht auf O Weichensteller.“

Was ist höher als der Tisch, kleiner als du? Keine Antwort.

Fragen nach dem Zweck einer Säge, eines Beiles, der Augen usw. beantwortet er ebenfalls nicht, bei noch komplizierteren Fragen (z. B.: Warum hat die Taschenuhr ein Uhrglas?) versagt er erst recht.

16. Wo bist du jetzt? Keine Antwort. Zuweilen jedoch scheint er örtlich orientiert zu sein, denn er bringt in seinen sonst zerfahrenen Antworten die Namen von Ärzten vor, die ihn behandelt haben. Den Weg, den er nach der Anstalt zurücklegen muß, kann er nicht beschreiben, höchstens nennt er die Straße, in der die Anstalt liegt.

Wo wohnen deine Eltern? „B.-straße 16 2 Treppen, nich?“ (richtig) Auf Fragen nach Ereignissen der jüngsten Vergangenheit erhält man von ihm keinen Bescheid.

Wie heißen die Wochentage? „Montag, Dienstag, . . . Freitag, Sonnabend.“ Rückwärts sie aufzuzählen, ist er gar nicht fähig.

Wie heißen die Jahreszeiten? Er spricht nur ihre Namen nach, wenn sie ihm vorgesagt werden.

Wann sind die Äpfel reif? Keine Antwort.

Wann verlieren die Bäume das Laub? Keine Antwort.

17. Kann der Kranke zählen? Er ist nur zu bewegen, bis fünf zu zählen, weiter nicht.

18. Weiß er eine bestimmte Anzahl von Gegenständen richtig aufzuzählen? Nein.

19. Welche Ziffern kennt der Kranke? Außer der Ziffer 5 kennt er keine sicher, wirft alle anderen beim Benennen durcheinander.

20. Kennt der Knabe Geldstücke? Ab und zu bezeichnet er Kupfergeld richtig, wirft aber diese und andere Geldstücke dann wieder beim Benennen durcheinander.

21. Kennt er die Uhr? Nein.

22. Kann er rechnen? Nein.

23. Kann er schreiben? Eine ganz beschränkte Anzahl von Buchstaben kann er nachschreiben, auch selbst ohne Vorlage schreiben (z. B. „ü“ und „i“), kann aber manche von ihnen hinterher nicht benennen. Worte gelingen ihm weder nach Vorlage noch aus sich heraus.

24. Kann er Vorgeschriebenes und Gedrucktes abschreiben? Er malt ein „a“ nach, dagegen ist er nicht dazu zu bringen, andere Buchstaben nachzuschreiben, läßt sich nicht fixieren; mitunter kann man ihn aber wieder dazu bringen, noch einige andere kleine Buchstaben nach Vorlage wiederzugeben, die er jedoch zeitweise sehr entstellt.

25. Kann er lesen? Nein.

26. Hat er Verständnis für Geschriebenes bezw. Gedrucktes? Nein.

27. Treten besondere Triebe hervor? Nein. Keine Neigung zu Onanie.

28. Werden häufig Lust- und Unlustgefühle beobachtet? Der Affekt ist bei vielen Handlungen noch recht deutlich, zuweilen zeigt er sich verdrießlich und weinerlich, z. B. wenn er in ein anderes Zimmer geführt wird. Mit sichtlicher Freude zerschnitzelt er Papier.

29. Sind psychogene Störungen beobachtet worden? Nein. Nägelkauen ist nicht festzustellen gewesen; die Nägel sind wohlgebildet und von gehöriger Länge.

30. Ist einseitiges Gedächtnis für Musik, Zahlen, Namen vorhanden? Nein.

Automatische Bewegungen, wie Schaukeln, Hin- und Herwerfen des Kopfes, werden nicht beobachtet. Grimassieren jetzt seltener.

31. Besteht eine Sinnesschwäche? Stärkere derartige Störungen waren bis jetzt nicht zu bemerken.

Der Ablauf der Ideenassoziation ist sehr sprunghaft und in hohem Grade abhängig von den Vorgängen in seiner Umgebung. Bei stärkerer Erregung ist die Incohärenz deutlicher. Die krankhafte Steigerung der Weckbarkeit der Aufmerksamkeit läßt ihn eine große Anzahl von Sinneseindrücken aufnehmen, deren weitere Verarbeitung zur Bildung von Begriffskomplexen jedoch äußerst mangelhaft ist.

Anhaltspunkte für das Bestehen von Halluzinationen und Wahnideen sind nicht gegeben.

Der psychische Status wurde, da der Knabe sehr leicht ermüdete, in mehreren Sitzungen aufgenommen.

27. 1. 1910. Der Knabe sitzt, mit seinen Fingern spielend, am Tisch, hat einen etwas mürrischen Gesichtsausdruck, lacht

dann aber plötzlich scheinbar ohne Grund, stößt unartikulierte Laute aus, sie in einem gewissen Rhythmus betonend: „Sodattén, Sodattén, oh, war ein Fiedelbogen.“ Er hört seine Mutter das Wort „Barometer“ sagen, spricht es unaufgefordert nach und fährt fort: „Siehst du's, wie der Rauch rauskommt?“ Nach einer Pause: „Doktor ham den Phonographenkasten zerbrochen, hm-m-m.“ (Bei seinem letzten Besuch sollte er photographiert werden, wobei jedoch die Camera vom Stativ fiel.) „Das Luftschiff hab ich manchmal schwimmen lassen, jetzt hab ich es zerbrochen, ... nicht Wischerdint, Wischerdint.“ Er schaut zum Fenster hinaus, macht auf den Schornstein aufmerksam und ruft: „Schleitzen, schleitzen! Geben Sie mal den Bleistift! Da oben ist Graf Zeppelin.“ Eine zusammenhängende Reihe von Gedanken zu produzieren, ist ihm unmöglich; zwischen einzelnen in sich abgeschlossenen Sätzen machen sich unartikulierte Lautverbindungen und Interjektionen breit. Mit gröhlender Stimme fängt er plötzlich an, einige Töne zu singen zu dem Satze: „Da oben ist Dinte.“ Schlaf und Nahrungsaufnahme sind in der letzten Zeit nach den Angaben der Mutter befriedigend. Er erhält bei stärkerer Erregung mit gutem Erfolg warme Bäder (Temperatur 35 ° C, Dauer 1—1 $^1/_2$ Stunde). Unterrichtsversuche sind wegen ihrer Erfolglosigkeit und wegen der drohenden Gefahr stärkerer Aufregung unterlassen worden.

Zusammenfassung: Es handelt sich in dem soeben beschriebenen Falle um einen neuropathisch belasteten Knaben, der nach einer ungestörten Schwangerschaft ohne jede Komplikation geboren wurde und sich ungefähr bis zum fünften Jahre gut entwickelte ohne besondere Anzeichen irgendeiner schwereren körperlichen oder geistigen Störung geboten zu haben. Dann veränderte sich der Zustand des Knaben; Auf-

regungszustände und deutliches Krankheitsgefühl setzten ein. Ob die Wutanfälle, die er wiederholt im Alter von $3\,^1/_2$ Jahren gezeigt hatte, schon Anzeichen der beginnenden Erkrankung gewesen sind oder nicht, läßt sich schwer entscheiden. Beim Schulbesuch stellte sich eine Veränderung der Sprache, eine Einengung des Wortschatzes ein, und ein starker intellektueller Rückgang wurde manifest, wobei der Knabe auch zum Teil dessen verlustig ging, was er vor dem Beginn der Krankheit gekonnt hatte, z. B. Lieder, Gebete; sogar den Anforderungen der Hilfsschule war er nicht gewachsen, wurde deshalb von den Eltern zu Hause gepflegt, bis eine hochgradige Steigerung seiner fortwährenden Unruhe die Verbringung in die Irrenanstalt notwendig machte, wo sein Erregungszustand erst nach langen Schwankungen bei Anwendung von Dauerbädern sich etwas besserte. In der Anstalt wurde eine starke Verblödung bei steter Unruhe, Incohärenz des Gedankenganges, verbunden mit einer Störung der Aufmerksamkeit, Einengung des Wortschatzes, auffällige Veränderung der Sprache, Grimassieren und Echolalie beobachtet. Nach mehrmonatiger Behandlung konnte der Kranke wieder nach Hause entlassen werden, wo er sich leidlich ruhig verhält. Eine wesentliche Veränderung im Gesamtbilde der Erkrankung ist bis jetzt nicht eingetreten.

Die bei dem Kranken beobachtete Aufmerksamkeitsstörung gleicht derjenigen, die man bei erethischen Idioten häufig sieht, außerordentlich deutlich. Bei näherer Betrachtung zeigt sich eine charakteristische Eigenschaft der Aufmerksamkeit in hohem Grade gestört.

Ziehen[1]) nimmt an, daß die normale Aufmerksamkeit

[1]) Ziehen, Psychiatrie, 3. Aufl. S. 85; vgl. auch Ziehen, Leitfaden d. physiologischen Psychologie, 8. Aufl. 1908. S. 220.

1. dadurch charakterisiert ist, „daß ein Reiz bezw. die von ihm verursachte Empfindung bei einer gewissen Intensität die Aufmerksamkeit bestimmt, d. h. Vorstellungen weckt, 2. dadurch, daß Nebenreize die Aufmerksamkeit, solange sie unter einer gewissen Intensität bleiben, von dem ersten Reiz nicht abzulenken vermögen.“ Gerade die erste Eigentümlichkeit der Aufmerksamkeit, die man auch ihre Weckbarkeit genannt hat, ist bei dem Kranken sehr gesteigert, während ihre zweite kennzeichnende Eigentümlichkeit, ihre Haftfähigkeit, herabgesetzt ist. Diese Störung nahm zu mit dem Wachsen der motorischen Unruhe, der Geschwindigkeit des Gedankenablaufs und mit dem Stärkerwerden der Incohärenz der sprachlichen Äußerungen und ist auch der wichtigste Hinderungsgrund eines gedeihlichen Unterrichtes des Knaben neben der stets drohenden Erregung, die sich schon oft bei ihm gezeigt hat, wenn derartige Versuche unternommen wurden.

Ob zu Beginn oder im weiteren Verlauf der Erkrankung Halluzinationen bestanden haben, läßt sich mit Sicherheit nicht sagen, auch lassen sich in dieser Hinsicht die Angaben der Mutter des Knaben nicht verwerten, die erzählte, daß der Knabe nachts ängstlich gewesen sei und geschrien habe: „Das sind doch keine Engel mit Fiedelbogen?“ Illusionen waren vielleicht vorhanden, denn er soll nach seinem Schatten gehascht haben.

Die Krankheit verursachte bei dem Knaben neben einem Stillstand in der Entwicklung der geistigen Fähigkeiten eine weitgehende Schädigung des schon vor ihrem Beginn erworbenen geistigen Besitzstandes, eine Beobachtung, die unter anderem auch Emminghaus[1]) verzeichnet bei der

[1]) Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalter, 1887, S. 257 u. 258.

Besprechung der erworbenen Idiotie. Er sagt: „Die schweren Formen (Blödsinn) kommen dadurch zustande, daß zahlreiche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten, welche vor dem Beginn der Erkrankung bereits erworben waren, abhanden kommen, so die Schärfe und Klarheit der Wahrnehmungen, das gute Gedächtnis und Erinnerungsvermögen, die lebendige Phantasie, das Denken in abstrakten Begriffen, die Wißbegierde und namentlich die Gemütswärme."

Die letztere hat bei dem Kranken wohl auch etwas abgenommen, aber nicht in besonders hohem Grade, denn immerhin zeigt er noch oft recht große Freude am Zerschnitzeln von Papier, auch ist er traurig, mißmutig, wenn man ihm einen Wunsch nicht erfüllt.

Vergleicht man nun diesen Fall mit dem als Dementia infantilis von Heller beschriebenen Krankheitsbilde, so fällt eine große Übereinstimmung auf. Hier wie dort ein im Kindesalter, erst nach mehrjähriger ungestörter Entwicklung einsetzender Verblödungsprozeß, der unter wechselnden Erregungszuständen mit einer merkwürdigen Veränderung der Sprache, einer charakteristischen Aufmerksamkeitsstörung und mit katatonischen Symptomen verläuft. Nach allem dürfte es sich wohl auch hier um einen Fall von Dementia infantilis handeln, ein Krankheitsbild, von dem Vogt[1]) sagt: „Es scheint mir demnach gewiß, daß in den von Heller als Dementia infantilis bezeichneten Fällen im großen und ganzen eine besondere Form von Krankheitsfällen sich verbirgt, deren genauere Natur für uns einstweilen noch in Dunkel gehüllt ist, welche aber sicher nicht den sonst bekannten Formen der

[1]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 66, Heft 3 u. 4, S. 542.

kindlichen Geistesstörungen einzureihen sind. Auch lassen sich die typischen Formen der Hellerschen Fälle mit Bestimmtheit von den Frühformen des Jugendirreseins abgrenzen. Es gibt also zweifellos noch weitere Fälle von kindlichen Verblödungsprozessen, die als erworbene Geistesstörungen uns entgegentreten, und für die es gewiß angezeigt ist, sie einstweilen unter dem von Heller gewählten Namen abzugrenzen."

Was die Unterscheidung des vorstehend beschriebenen Falles von den Frühformen der Dementia praecox angeht, so scheinen doch gewisse Merkmale im Sinne Weygandts gegen die Annahme des letzteren Krankheitsbildes zu sprechen: das Krankheitsgefühl im Beginn der Erkrankung, das sich verhältnismäßig selten im Anfang einer Dementia praecox findet, die nicht besonders große gemütliche Stumpfheit und die starke Weckbarkeit der Aufmerksamkeit im Gegensatz zu ihrer starken Herabsetzung bei Dementia praecox. Über die Aufmerksamkeitsstörung bei der zuletzt genannten Erkrankung, einerlei, ob sie im späteren Leben oder schon im Kindesalter auftritt, sagt Ziehen,[1]) daß sie eine Störung der Weckbarkeit der Aufmerksamkeit hervorruft, und zwar so, daß Reize keine Vorstellungen wecken und auch ein und derselbe Reiz nicht längere Zeit Vorstellungen auf sich konzentrieren kann. Die katatonischen Symptome und die eigenartige Veränderung der Sprache sind nach Weygandt nicht als ausschlaggebend für die Diagnose einer Dementia praecox in diesem Falle anzusehen.

Eine endgültige einwandfreie Scheidung dieser Fälle von der Dementia praecox wird allerdings erst noch künftigen

---

[1]) Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters, 1902, Heft 2. S. 10.

genaueren Forschungen, besonders pathologisch-anatomischer Art, vorbehalten sein.

Zum Schlusse habe ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Dr. Ganser für die gütige Überlassung des Falles und Anleitung bei der Arbeit meinen verbindlichsten Dank abzustatten.

Literaturverzeichnis.

Alzheimer, Einiges über die anatomischen Grundlagen der Idiotie. Im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1904. S. 497.

Emminghaus, Die psychischen Störungen des Kindesalters. 1887.

Heller, Dementia infantilis. In der Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, Bd. 2, Heft 1, S. 17.

Infelt, Beiträge zur Kenntnis der Kindespsychosen. In den Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie, Bd. 22, S. 330.

Kraepelin, Einführung in die psychiatrische Klinik. 2. Aufl. 1905.

Kraepelin, Psychiatrie. Bd. 2. 7. Aufl. 1904.

Moreau, Der Irrsinn im Kindesalter. 1889.

Räcke, Katatonie im Kindesalter. Im Archiv für Psychiatrie, XLV, 1, 1909, S. 245.

Ranke, Über eine zur Idiotie führende Erkrankung (angiodystrophia cerebri). In der Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Bd. 1, Heft 2, S. 122.

Sollier, Der Idiot und der Imbecille. 1891.

Vogt, Über Fälle von „Jugendirresein" im Kindesalter (Frühformen des „Jugendirreseins"). In der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 66, Heft 3 u. 4, 1909, S. 542.

Weygandt, Idiotie und Dementia praecox. In der Zeitschrift für Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Bd. 1, Heft 4, S. 311.

Weygandt, Über Idiotie. 1906. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten, Bd. 6, Heft 6, 7.)

Wildermuth, Referat über Ireland, The mental affections of children, idiocy, imbecillity and insanity. In der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, Literaturübersicht zu Bd. 56, 1899, S. 226.

Ziehen, Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Heft 1. 1902. (Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, Bd. 5, Heft 1.)

Ziehen, Leitfaden der physiologischen Psychologie. 8. Aufl. 1908.

Ziehen, Psychiatrie. 3. Aufl. 1908.

Spezialdruckerei für Dissertationen, Robert Noske, Borna-Leipzig.

Lebenslauf.

Ich, Ludwig Schultheis, bin geboren zu Frankfurt a. M. am 15. Juni 1884, besuchte 10 Jahre lang das Wöhler-Realgymnasium daselbst, welches ich Ostern 1904 mit dem Zeugnis der Reife verließ, um mich auf den Universitäten München, Marburg, Berlin und Heidelberg dem Studium der Medizin zu widmen. In München bestand ich Juli 1906 die ärztliche Vorprüfung, in Heidelberg Juni 1909 die ärztliche Staatsprüfung. Von Juli 1909 ab war ich 8 Monate an der Irrenabteilung der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt als Medizinalpraktikant tätig und bin jetzt in gleicher Stellung am Stadtkrankenhaus Johannstadt (innere Abteilung) zu Dresden.